婦人科の診察を受けられる方へ

ID　　受診日　年　月　日

フリガナ お名前	生年月日 大・昭・平　年　月　日（　歳）
住所　〒（　－　）	職業
電話番号（　）　－	携帯電話（　）　－

★本日、治療を希望される項目のみ〇を入れて下さい

・子宮癌検査（　頸部・体部　）　・HPV（ヒトパピローマウイルス）検査
・経腟超音波検査　・ホルモン採血　・性感染症検査　・骨密度測定
・不正出血（いつから　）　・月経症状（　不順・痛み・量　）
・おりものの症状（量が多い・におい・色）　・月経痛以外の痛み（場所：　）
・月経前の不調（イライラ・気分の落ち込み・腰痛・頭痛・むくみ・その他　）
・月経が遅れている　→妊娠の可能性がありますか（　はい・いいえ　）
・外陰部の異常（　かゆみ・痛み・できもの・性交痛・下がった感じ　）
・月経症状によるピル希望　・避妊相談（ピル・ミレーナ・緊急避妊）
・更年期症状の治療
・プラセンタ療法
・月経をずらしたい（避けたい日　/　～　/　：次回月経予定日　/　）
・排尿症状（排尿時痛・残尿感・もれ・頻尿・その他　）
・その他（　）

結果　郵送希望（500 円）　□　はい　□　いいえ
保険診療外費用同意　□　はい　□　いいえ

★月経についてお尋ねします

初経（　歳）　閉経（　歳）　月経周期　順（　日型）・　不順
一番最近の月経（　年　月　日～　日間）
月経出血量（多い・塊がある・普通・少ない）　月経痛（強・普通・弱・無）

★あなたについてお尋ねします

子宮がん検診を受けたことがありますか　・ない　・ある（　年　月頃　頚部・体部）
婦人科の病気にかかられたことがありますか
・ない　・ある（　）
今までに手術を受けたことがありますか
・ない　・ある（　）
現在治療中の病気はありますか
・ない　・ある（　）
※お薬手帳をお持ちの方はご提出ください
アレルギーはありますか　・ない　・ある（　）
喫煙（　本／日）　飲酒（週　回）　運動（　）
妊娠（　回）　出産（　回）
性交（セックス）の経験はありますか　・ない　・ある